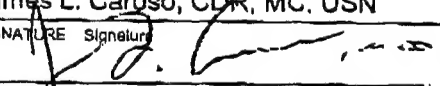
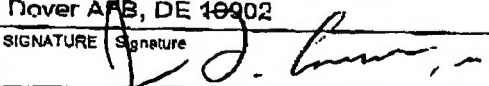


## CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)

Acte de décès (D'Outre-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) Nom du décédé (Nom et prénoms) BTB Ibrahim, Nasef, J.		GRADE Grade Arme	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
ORGANIZATION Organisation Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) Pays Iraq	DATE OF BIRTH Date de naissance 01 Jan 1941	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
RACE Race		MARITAL STATUS État Civil		RELIGION Culte
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID Ccaugaisque		<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire		<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant
<input type="checkbox"/> NEGROID Négride		<input type="checkbox"/> MARRIED Marié		<input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)		<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé		<input type="checkbox"/> JEWISH Juif
<input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf		<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé		
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Proximité du décédé avec le survivant		
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OR TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		
MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale				
CAUSE OF DEATH (Enter only once cause per line) Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)				INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH Intervalle entre l'attaque et la mort
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH <sup>1</sup> Maladie ou condition directement responsable de la mort. <sup>1</sup>				
Atherosclerotic Cardiovascular Disease Resulting in Cardiac Tamponade				
ANTECEDENT CAUSES	MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire			
Symptoms précurseurs de la mort	UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire			
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS <sup>2</sup> Autres conditions significatives <sup>2</sup>				
MODE OF DEATH Condition de décès	AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée <input checked="" type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non		CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures	
<input checked="" type="checkbox"/> NATURAL Mort naturelle	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie			
<input type="checkbox"/> ACCIDENT Mort accidentelle				
<input type="checkbox"/> SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste James L. Caruso, CDR, MC, USN			
<input type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature 		DATE Date 11 Jan 2004	AVIATION ACCIDENT Accident à l'Avion <input type="checkbox"/> YES Oui <input checked="" type="checkbox"/> NO Non
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date du décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 08 Jan 2004		PLACE OF DEATH Lieu de décès Abu Ghraib, Iraq		
I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE. J'ai examiné les restes mortels du défunt et je conclus que le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus.				
NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire James L. Caruso		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme Chief Deputy Medical Examiner		
GRADE Grade CDR	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse Dover AFB, DE 19902			
DATE Date 13 MAR 2004	SIGNATURE Signature 			

<sup>1</sup> State disease, injury or complication which caused death, but not mode of dying such as heart failure, etc.<sup>2</sup> State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.<sup>1</sup> Préciser la nature de la maladie, de la blessure ou de la complication qui a contribué à la mort, mais non la manière de mourir, telle qu'un arrêt du cœur, etc.<sup>2</sup> Préciser la condition qui a contribué à la mort, sans n'ayant aucun rapport avec la maladie ou la condition qui a provoqué la mort.

DD FORM 2064

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.